

residente) y la disponibilidad del tiempo necesario para «pensar y reflexionar» mientras se aprende ejerciendo la especialidad. ¿Debería implantarse, además, un examen al finalizar la residencia? Si al finalizar este periodo de formación, el nuevo especialista ha interiorizado los métodos docentes y es capaz de participar en la formación de nuevos residentes, el éxito estará asegurado.

doi:10.1016/j.rce.2010.05.009

## Tendencias en la duración de la estancia y resultados a corto plazo de los pacientes del medicare hospitalizados por insuficiencia cardiaca entre 1993 y 2006

Bueno H, Ross JS, Wang Y, Chen J, Vidán MT, Normand ST, et al. Trends in length of stay and short-term outcomes among medicare patients hospitalized for heart failure 1993–2006. *JAMA* 2010;303:2141–7.

**Contexto:** Se desconoce si la disminución de la estancia hospitalaria de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) observada durante la última década pudiera acompañarse de cambios en el pronóstico de los pacientes.

**Objetivo:** Describir los cambios temporales observados en la duración de la estancia, en la situación al alta y en los resultados a corto plazo entre los ancianos hospitalizados por IC.

**Diseño y pacientes:** Estudio observacional de 6.955.461 pacientes hospitalizados por IC con cargo al Medicare entre 1993 y 2006, con un seguimiento tras el alta de 30 días.

**Parámetros evaluados:** Estancia hospitalaria, mortalidad durante la hospitalización, tasa de rehospitalización y mortalidad durante los 30 días siguientes.

**Resultados:** Entre 1993 y 2006, la estancia media se redujo de 8,81 días (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 8,79–8,83 días) a 6,33 días (IC 95% 6,32–6,34 días). La mortalidad hospitalaria se redujo de 8,5% (IC 95% 8,4–8,6) en 1993 a 4,3% (IC 95% 4,2–4,4) en 2006, mientras que la mortalidad a los 30 días se redujo de 12,8% (IC 95% 12,8–12,9) al 10,7% (IC 95% 10,7–10,8). Las altas a domicilio se redujeron del 74,0% al 66,9% y las altas a unidades de larga estancia aumentaron del 13,0 al 19,9%. Los reingresos durante los 30 días posteriores al alta aumentaron del 17,2% (IC 95% 17,1–17,3) al 20,1% (IC 95% 20,0–20,2; todos  $P$  menor 0,001). En el periodo 2005–2006 el riesgo relativo de mortalidad a los 30 días del alta fue del

P.L. Martínez Hernández  
Sección de Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna,  
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España  
Correo electrónico: plmartinez.hulp@salud.madrid.org

0,92 (IC 95% 0,91 a 0,93) en comparación con 1993–1994, y el riesgo relativo de rehospitalización durante los 30 días posteriores al alta fue del 1,11 (IC 95% 1,10 a 1,11).

**Conclusión:** Entre 1993 y 2006 los pacientes hospitalizados por IC, han disminuido la duración de la estancia y la mortalidad durante la hospitalización. Por otra parte se han observado discretos cambios en la ubicación de los pacientes tras el alta e incrementos en la tasa de rehospitalización durante los 30 días posteriores al alta.

### Comentario

Este estudio valora en una población de casi 7 millones de pacientes hospitalizados en EE.UU., a cargo del Medicare, por IC la evolución durante los 14 años comprendidos entre 1993 y 2006 de las estancias medias, de las mortalidades durante y en los 30 días posteriores a la hospitalización, de la ubicación de los pacientes al alta, y de la tasa de reingresos en los 30 días inmediatamente posteriores al alta. Se trata del mayor estudio de esta índole publicado hasta el momento.

Sus hallazgos pudieran ser extrapolables a la población española, y reflejan una disminución en las estancias medias por esta patología, una menor mortalidad y una tendencia cada vez mayor a las altas hacia residencias asistidas. El estudio demuestra que pese a disminuir la estancia media, no aumenta la mortalidad global. Estos hechos tal vez sean consecuencia del desarrollo de mejores estrategias terapéuticas. El incremento de la tasa de reingresos es valorado por los autores como debido al envejecimiento de la población más que a la reducción de la estancia media, con altas precipitadas.

F. Epelde

Unidad de Soporte a Urgencias, Hospital de Sabadell,  
Consorci Hospitalari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España  
Correo electrónico: epelde@comb.es

doi:10.1016/j.rce.2010.07.004